

Клинические особенности атипичной депрессии в рамках биполярного и рекуррентного аффективных расстройств, психогенных депрессий

Тювина Н.А., Вербицкая М.С., Кренкель Г.Л., Ефремова Е.Н.

Кафедра психиатрии и наркологии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва
Россия, 119021, Москва, ул. Россолимо, 11, стр. 9

Цель исследования – сравнительное изучение клинических особенностей атипичной депрессии (АтД) при аффективных расстройствах различного генеза: в рамках биполярного аффективного расстройства (БАР), рекуррентного депрессивного расстройства (РДР) и психогенных депрессий (ПД).

Пациенты и методы. Безвыборочно обследовано 250 пациентов в возрасте от 18 до 65 лет с депрессией, из которых отобраны 77 (50 женщин и 27 мужчин) с симптомами, соответствующими АтД. В 1-ю группу вошли 35 пациентов с БАР, во 2-ю – 18 пациентов с РДР, в 3-ю – 24 пациента с диагнозами, включающими ПД. Состояние пациентов оценивали в соответствии с диагностическими критериями аффективных расстройств по МКБ-10 и DSM-5 с использованием специально разработанного опросника, Шкалы Монтгомери–Асберга для оценки депрессии (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, MADRS).

Результаты и обсуждение. Выявляемость АтД в исследовании составила 30,8%, в том числе 45,4% в рамках БАР, 23,4% – РДР и 31,2% – ПД. АтД манифестировала в возрасте около 20 лет, чаще отмечалась у женщин. АтД в рамках БАР чаще возникала у личностей с циклоидными, гипертимными и истерическими особенностями. Характерны аффективные колебания до манифестации заболевания, значимо большее количество депрессивных эпизодов в анамнезе. Из типичных депрессивных симптомов чаще отмечались: суточные и сезонные колебания настроения, ухудшение самочувствия в утренние часы, снижение аппетита. Выявлена высокая коморбидность с обменно-эндокринными заболеваниями. АтД в рамках РДР чаще начиналась спонтанно у личностей с эмоционально-лабильными, психастеническими и истерическими чертами. Из типичных депрессивных симптомов чаще регистрировались тоска, дереализация, адинамия, идеи самообвинения, суицидальные мысли и попытки. Установлена высокая коморбидность с сердечно-сосудистыми заболеваниями. АтД в рамках ПД чаще возникала у психастенических личностей. Наиболее характерные симптомы: повышенный аппетит, тревога, астения, поверхностный ночной сон, ипохондрические включения. Отмечена коморбидность с кожными и желудочно-кишечными заболеваниями.

Заключение. Выявленные особенности клинической картины и течения АтД в рамках БАР, РДР и ПД могут использоваться для более ранней и точной диагностики аффективных расстройств и назначения адекватной терапии.

Ключевые слова: атипичная депрессия; рекуррентное депрессивное расстройство; биполярное аффективное расстройство; психогенная депрессия.

Контакты: Нина Аркадьевна Тювина; natuvina@yandex.ru

Для ссылки: Тювина НА, Вербицкая МС, Кренкель ГЛ, Ефремова ЕН. Клинические особенности атипичной депрессии в рамках биполярного и рекуррентного аффективных расстройств, психогенных депрессий. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2022;14(2):56–63. DOI: 10.14412/2074-2711-2022-2-56-63

Clinical features of atypical depression in bipolar and recurrent affective disorders, psychogenic depression

Tyuvina N.A., Verbitskaya M.S., Krenkel G.L., Efremova E.N.

Department of Psychiatry and Narcology, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Ministry of Health of Russia, Moscow
11, Rossolimo St., Build. 9, Moscow 119021, Russia

Objective: to perform a comparative study of the clinical features of atypical depression (AtD) in affective disorders of various origins: in bipolar affective disorder (BAD), recurrent depressive disorder (RDR) and psychogenic depression (PD).

Patients and methods. A sample of 250 depressed patients aged 18 to 65 years were examined, of which 77 participants (50 women and 27 men) with symptoms of AtD were included to the study. Group 1 included 35 patients with BAD, group 2 – 18 patients with RDR, and group 3 – 24 patients with diagnoses including PD. The patients' condition was assessed using the diagnostic criteria for affective disorders according to ICD-10 and DSM-5 with a Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS).

Results and discussion. AtD detection rate was 30.8%, including 45.4% in BAD, 23.4% – in RDR, and 31.2% – in PD. AtD manifested at the age of about 20 years, and was more common in women. AtD in BAD occurred more often in individuals with cycloid, hyperthymic, and hysterical features. Affective fluctuations before the disease onset, a significantly greater number of depressive episodes in history were characteristic. The most frequent typical depressive symptoms included: daily and seasonal mood fluctuations, morning deterioration of well-being, decreased appetite. High comorbidity with metabolic endocrine diseases was observed. AtD in RDR often began spontaneously in individuals with emotionally labile, psychasthenic, and hysterical features. The most common typical depressive symptoms included melancholy, dereal-

ization, weakness, ideas of self-accusation, suicidal thoughts and attempts. A high comorbidity with cardiovascular diseases was found. AtD in PD occurred more often in psychasthenic individuals. The most characteristic symptoms included: increased appetite, anxiety, asthenia, superficial night sleep, hypochondriacal inclusions. Comorbidity with skin and gastrointestinal diseases was observed.

Conclusion. The identified features of the clinical picture and course of AtD in BAD, RDR, and PD can be used for earlier and more accurate evaluation of affective disorders and the adequate treatment administration.

Keywords: atypical depression; recurrent depressive disorder; bipolar affective disorder; psychogenic depression.

Contact: Nina Arkadievna Tyuvina; natuvina@yandex.ru

For reference: Tyuvina NA, Verbitskaya MS, Krenkel GL, Efremova EN. Clinical features of atypical depression in bipolar and recurrent affective disorders, psychogenic depression. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2022;14(2):56–63. DOI: 10.14412/2074-2711-2022-2-56-63

В середине XX в. был выделен особый вид депрессии, названной атипичной (АтД) в связи с ее резистентностью к терапии, более выраженной тревогой и возбуждением по сравнению с классической депрессией, а также возможным наличием психотических эпизодов в ее структуре [1]. D.F. Klein и J.M. Davis [2] описывали симптомы сниженного настроения, гиперсомнии, гиперфагии, прибавки массы тела, повышенного либидо, а также «тревожно-фобических тенденций» с «истероидной дисфорией», возникающие чаще у лиц женского пола, с «хрупким, поверхностным» настроением, которому не хватало «основных характеристик патологического депрессивного состояния, а также имелась склонность к длительному сну и переяданию». Эти критерии носили условный характер и нуждались в уточнении. Поэтому в 1982 г. J.R. Davidson и соавт. [3] предложили одну из первых классификаций АтД, включающую: 1) пациентов с возбуждением и психотическими симптомами, отвечавших на электросудорожную терапию (ЭСТ); 2) амбулаторных пациентов со слабовыраженными непсихотическими симптомами, с «фобической тревогой», напряжением и болью, которые реагировали на терапию ингибиторами моноаминоксидазы (ИМАО); 3) пациентов с вегетативной симптоматикой, такой как повышенный аппетит, лабильность настроения и раздражительность, реагирующих на ИМАО; 4) пациентов с резидуальными депрессивными состояниями, включая вторичную депрессию при шизофрении; 5) пациентов с биполярной депрессией и вегетативными симптомами, отвечавших на ИМАО. Многие специалисты [4–9] подчеркивали ключевую роль тревоги в клинической картине АтД.

В настоящее время актуальность темы растет вместе со значительным увеличением числа выявленных случаев АтД среди молодых людей, у которых она часто ассоциирована с травматичными жизненными событиями [10–13].

К симптомам АтД, согласно Диагностическому и статистическому руководству по психическим расстройствам 5-го издания (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fifth edition, DCM-5), относятся облигатный признак в виде реактивности настроения (повышенного реагирования на внешние факторы при сохранении способности получать удовольствие и удовлетворение в ответ на позитивные события) и по крайней мере два из следующих симптомов: гиперфагия и/или увеличение массы тела (не менее 3–5 кг за последние 3 мес), гиперсомния (сон более 10 ч в сутки минимум 3 дня в неделю на протяжении не менее 3 мес), свинцовый паралич (тяжесть в руках и ногах не менее 1 ч в день не менее 3 дней в неделю в течение 3 мес) и сенситивность (повышенная чувствительность к происхо-

дящим событиям и межличностному общению) [14].

Несмотря на общие критерии диагностики АтД, отмечаются определенные ее особенности в рамках отдельных расстройств. Чаще всего АтД встречается в структуре биполярного аффективного расстройства (БАР; до 50%) и характеризуется высоким уровнем психомоторной заторможенности и свинцового паралича [15], лабильностью эмоций, гиперфагией, сопровождающейся увеличением массы тела, и гиперсомнией [15–17], большей частотой психотических симптомов и суицидального поведения [18]. АтД в структуре рекуррентного депрессивного расстройства (РДР) выявляется примерно у 20% пациентов [19] и зачастую рассматривается как своеобразный «мост» от монополярной депрессии к БАР II типа (БАР II) [20]. Для нее характерны алгии и сенестопатии, атипичное паническое расстройство с включением конверсионной симптоматики [19]. Однако не проводились сравнительные исследования АтД при различных аффективных расстройствах, включая психогенные депрессии (ПД), что актуально для своевременной диагностики и подбора адекватной терапии.

Цель настоящего исследования – сравнительное изучение клинических особенностей атипичного депрессивного синдрома при аффективных расстройствах различного генеза: БАР, РДР и ПД.

Пациенты и методы. Исследование проводилось в период с 2019 по 2021 г. в амбулаторных и стационарных условиях Психиатрической клиники им. С.С. Корсакова Сеченовского Университета. Клиническим и клинико-катамнестическими методами были безвыборочно обследованы 250 пациентов с депрессией, из которых отобраны 77 пациентов (50 женщин и 27 мужчин) с симптомами, соответствующими АтД. Среди них было 35 пациентов с БАР (F31.3 – F31.5 по Международной классификации болезней 10-го пересмотра, МКБ-10), 18 – с РДР (F33.0 – F33.3), 24 – с диагнозом, включающим ПД (F32, F43.1 – F43.2).

Критерии включения: наличие письменного информированного согласия пациента на участие в исследовании; наличие на момент обследования симптомов атипичного депрессивного эпизода в рамках БАР, РДР, ПД; возраст 18–65 лет на момент начала участия в исследовании; отсутствие тяжелой соматической патологии.

Критерии исключения: депрессивное состояние в рамках расстройств шизофренического спектра, органических депрессий, депрессий, сочетанных с алкоголизмом и наркоманией; нежелание или неспособность пациента подписать информированное согласие на участие в исследовании; беременность, кормление грудью.

Таблица 1. Социально-демографические характеристики пациентов
Table 1. Socio-demographic characteristics of patients

Показатель	Группа			Всего (n=77)
	БАР (n=35)	РДР (n=18)	ПД (n=24)	
Средний возраст включения в исследование, годы, Ме [25-й; 75-й перцентили]	32,4 [19,0; 53,0]	27,6 [18,0; 45,0]	24,5 [18,0; 35,0]	28,8 [18,0; 53,0]
Мужчины, n (%)	17 (48,6)	4 (22,2)	6 (25,0)	27 (31,9)
Женщины, n (%)	18 (51,4)	14 (77,8)	18(75,0)	50 (68,1)
Уровень образования, n (%):				
высшее	21 (60,0)*	8 (44,4)*	7 (29,2)	36 (46,8)
неоконченное высшее	7 (20,0)	7 (38,9)	13 (54,2)*	27 (35,1)
среднее профессиональное	4 (11,4)	1 (5,6)	3(12,5)	8 (10,4)
неоконченное среднее профессиональное	3 (8,6)	2 (11,1)	1 (4,2)	6 (7,8)
Трудовой статус, n (%):				
работают	16 (45,7)	7 (38,9)	9 (37,5)	32 (41,6)
не работают	19 (54,3)	11 (61,1)	15 (62,5)	45 (58,4)
Семейный статус, n (%):				
состоят в браке	15 (42,9)*	5 (27,8)	3 (12,5)	23 (29,9)
одинок	16 (45,7)	13 (72,2)	20 (83,3)*	49 (63,6)
разведены	4 (11,4)	—	1 (4,1)	5 (6,5)

Примечание. *— p<0,05.

Состояние пациентов оценивали в соответствии с диагностическими критериями аффективных расстройств по МКБ-10 и DSM-V с применением специально разработанной карты клинического обследования. Для оценки тяжести депрессии была использована Шкала Монтгомери–Асберга для оценки депрессии (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, MADRS). Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с помощью пакета программ Statistica 13.0 (StatSoft Inc., США). Сравнение трех групп по количественным шкалам проводилось на основе непараметрического дисперсионного анализа Краскелла–Уоллиса.

Результаты. Сравнительное исследование пациентов, страдающих АтД в рамках БАР, РДР и ПД, выявило ряд существенных различий как в социально-демографических показателях (табл. 1), так и в клинической картине заболевания. Средний возраст пациентов на момент включения в исследование был значительно ниже в группе ПД (24,5 года) по сравнению с группой БАР (32,4 года; p<0,01). Среди обследованных преобладали женщины (БАР – 51,4%, РДР – 77,8%, ПД – 75,0%). Пациентов с высшим образованием в группе БАР было больше (60%), чем в группе ПД (29,2%; p<0,05). Соответственно, лиц с неоконченным высшим образованием было больше в группе ПД, по сравнению с группой БАР (54,2 и 20% соответственно; p<0,01), что можно объяснить более молодым возрастом пациентов с ПД. По уровню семейной адаптации выгодно отличалась группа БАР: в браке состояло значимо боль-

ше (42,9%), чем в группе РДР (27,8%) и особенно ПД (12,5%; p<0,01), а одиноких было значимо больше в группе ПД, что также можно связать с более молодым возрастом последних. Ни в одной группе не было случаев инвалидности, однако во всех группах высок уровень безработных (БАР – 54,3%, РДР – 61,1%, ПД – 62,5%), что может быть связано с разными факторами.

Наследственность в группах БАР и РДР значимо чаще была отягощена аффективными расстройствами (48,6 и 44,4%) по сравнению с группой ПД (12,5%; p<0,01). Расстройства шизофренического спектра в равной доле (по 11,1%) встречались в семьях пациентов с БАР и РДР и отсутствовали в группе ПД. Злоупотребления алкоголем, психоактивными веществами (ПАВ), а также суициды в семьях пациентов всех групп отмечались примерно с одинаковой частотой (табл. 2).

Таблица 2. Наследственная отягощенность психическими расстройствами, n (%)

Table 2. Hereditary burden of mental disorders, n (%)

Наследственность	Группа		
	БАР (n=35)	РДР (n=18)	ПД (n=24)
Аффективные расстройства	17 (48,6)*	8(44,4)*	3 (12,5)
Расстройства шизофренического спектра	4 (11,4)	2 (11,1)	—
Алкоголизм / злоупотребление алкоголем	3 (8,6)	1 (5,6)	2 (8,3)
Употребление наркотических веществ / ПАВ	1 (2,9)	1 (5,6)	1 (4,2)
Отсутствие отягощенности	10 (28,6)	6 (33,3)	18 (75)
Суицидальные попытки в семье	5 (14,3)	3 (16,7)	3 (12,5)

Примечание. *— p<0,01.

В структуре преморбидных личностных особенностей (см. рисунок) в группе БАР с одинаковой частотой выделялись циклоидный, гипертимный, истерический типы (28,6; 22,9; 17,1% соответственно); в группе РДР эмоционально-лабильный тип встречался чаще, чем истерический (50 и 11,1% соответственно; $p < 0,05$), также выделялся психастенический тип (27,8%); в группе ПД психастенический тип преобладал по сравнению с истерическим типом личности (83,3 и 8,3% соответственно; $p < 0,001$).

Пациенты в группах различались по ряду показателей течения заболевания. До начала болезни у пациентов группы БАР аффективные колебания субклинического уровня встречались значительно чаще, чем в группе РДР (65,6 и 22,2% соответственно; $p < 0,01$).

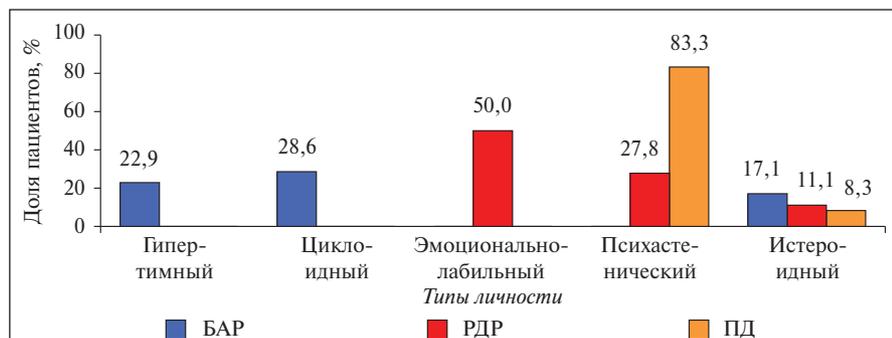
Манифестация заболевания в группах РДР и БАР могла быть обусловлена психотравмирующими событиями / стрессом (33,3 и 8,6% соответственно; $p < 0,05$). В последние два года большой удельный вес среди факторов стресса занимают обстоятельства, связанные с эпидемией COVID-19, которые не только провоцируют начало депрессивной фазы, но и оказывают влияние на структуру и тяжесть депрессии, а также являются одним из ведущих психогенных факторов в развитии ПД, способствующих ее пролонгированию

и рецидивированию. Удельный вес факторов, связанных с коронавирусной инфекцией, в группе ПД составил 66,7%, что значительно больше, чем в группе РДР (16,7%; $p < 0,001$) и в группе БАР (40,0%; $p < 0,05$).

Средний возраст начала заболевания во всех группах был около 20 лет и значимо не различался (БАР – $21,6 \pm 6,9$ года; РДР – $20,4 \pm 6,9$ года; ПД – $19,8 \pm 5,4$ года). Что касается течения заболеваний (табл. 3), то наблюдались определенные различия между группами: до начала лечения средняя тяжесть депрессии чаще отмечалась в группе ПД по сравнению с РДР (79,2 и 50% соответственно; $p < 0,05$); депрессия тяжелой степени чаще выявлялась в группе РДР по сравнению с ПД (50 и 20,8% соответственно; $p < 0,05$). При сравнении количества депрессивных эпизодов в анамнезе получены следующие результаты: от 1 до 5 эпизодов чаще отмечалось в группе ПД по сравнению с БАР (66,7 и 37,1%; $p < 0,05$); от 5 до 10 эпизодов – одинаково часто; частота от 10 до 20 эпизодов значительно чаще встречалась в группе БАР по сравнению с ПД (34,3 и 4,2%; $p < 0,01$); более 20 эпизодов зарегистрировано только в группе БАР (11,4%). Средняя продолжительность депрессивного эпизода была наибольшей в группе ПД ($8,5 \pm 5,3$ мес) и наименьшей в группе БАР ($3,8 \pm 2,1$ мес; $p < 0,05$), что может быть обусловлено постоянством и длительностью такого психотравмирующего фактора, как пандемия. Максимальной средняя продолжительность ремиссии была также в группе ПД ($7,67 \pm 5,51$ мес), наименьшей – также в группе БАР ($1,99 \pm 1,54$ мес; $p < 0,05$).

С количеством депрессивных эпизодов коррелировали продолжительность текущего эпизода ($r = -0,268$; $p < 0,05$), степень тяжести депрессии по MADRS ($r = 0,249$; $p < 0,05$), а также индекс массы тела (ИМТ; $r = 0,295$; $p < 0,01$), т.е. чем реже происходили обострения, тем больше была средняя продолжительность эпизода; чем больше депрессивных эпизодов было в анамнезе, тем выше степень тяжести депрессии по MADRS, а также чем чаще случались обострения и чем короче были ремиссии, тем выше был показатель ИМТ ($r = -0,238$; $p < 0,05$).

Анализ структуры депрессивного синдрома у пациентов трех групп (табл. 4) показал, что различия в частоте атипичных симптомов не были статистически значимыми, за исключением повышенного аппетита, который встречался чаще в группе ПД, по сравнению с группой БАР (83,3 и 57,1% соответственно; $p < 0,05$). Что касается основных проявлений депрессии, был выявлен ряд значимых различий: у пациентов с РДР жалобы на тоску отмечались чаще, чем в группе ПД (77,8 и 29,2%; $p < 0,01$). Тревога наблюдалась чаще в группе



Преморбидные личностные особенности пациентов трех групп, %
Premorbid personality characteristics of patients of three groups, %

Таблица 3. Клинико-динамические характеристики АмД
Table 3. Clinical and follow-up characteristics of AtD

Показатель	Группа		
	БАР (n=35)	РДР (n=18)	ПД (n=24)
Тяжесть депрессии по МКБ-10, n (%):			
легкая	0	0	0
средняя	21 (60,0)	9 (50,0)	19 (79,2)*
тяжелая	14 (40,0)	9 (50,0)*	5 (20,8)
Количество депрессивных эпизодов в анамнезе, n (%):			
от 1 до 5	13 (37,1)	10 (55,6)	16 (66,7)*
от 5 до 10	6 (17,1)	4 (22,2)	7 (29,2)
от 10 до 20	12 (34,3)**	4 (22,2)	1(4,2)
>20	4 (11,4)	0	0
Средняя продолжительность депрессивного эпизода, мес, $M \pm \sigma$	$3,8 \pm 2,1$	$5,4 \pm 3,4$	$8,5 \pm 5,3^{**}$
Средняя продолжительность ремиссии, мес, $M \pm \sigma$	$1,99 \pm 1,54$	$3,89 \pm 1,57$	$7,67 \pm 5,51^{***}$

Примечание. * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

ПД, чем в группе РДР (95,8 и 72,2% соответственно; $p < 0,05$) и БАР (54,3%; $p < 0,01$). Жалобы на адинамию преобладали в группе РДР по сравнению с группой ПД (55,6 и 25%; $p < 0,05$). Идеи самообвинения у пациентов с БАР (65,7%) встречались так же часто, как и в группе РДР (72,22%), что превышало эти показатели в группе ПД (37,5%; $p < 0,05$). В группах БАР (34,3%) и РДР (33,3%) пациенты со сниженным аппетитом встречались чаще, чем в группе ПД (8,3%; $p < 0,05$). В группе ПД пациенты с поверхностным ночным сном встречались чаще, чем в группе БАР (75 и 28,6% соответственно; $p < 0,01$). Суточные колебания самочувствия с ухудшением в утренние часы при БАР составляли 28,6%, при РДР – 22,2%, что значимо отличалось от ПД (8,3%); ухудшение самочувствия в вечернее время в группе РДР выявлялось чаще, чем в группе БАР (27,8 и 14,3%; $p < 0,01$). Пациенты, имеющие сезонные колебания с преобладанием ухудшения самочувствия

в осенне-зимний период, наиболее часто встречались в группах БАР (42,9%) и РДР (38,9%), значительно реже – в группе ПД (12,5%; $p < 0,05$). Сезонные колебания с ухудшением весной отмечались только в группе БАР (8,6%). У пациентов с РДР жалобы на дереализацию регистрировались значительно чаще, чем в группах БАР и ПД (38,9; 5,7 и 4,2% соответственно; $p < 0,001$). Суицидальные мысли чаще возникали в группе РДР по сравнению с ПД (72,2 и 41,7%; $p < 0,05$), как и суицидальные попытки в анамнезе (44,4 и 16,7%; $p < 0,05$). В группе ПД пациенты с астенией (95,8%) встречались чаще, чем в группе БАР (62,9%; $p < 0,01$). Панические атаки чаще беспокоили пациентов группы БАР по сравнению с группой ПД (51,4 и 20,8%; $p < 0,05$). Ипохондрические включения чаще регистрировались в группе ПД по сравнению с БАР (37,5 и 14,3%; $p < 0,05$).

Таблица 4. Клинические особенности АтД у пациентов трех групп, n (%)
Table 4. Clinical features of AtD in patients of three groups, n (%)

Симптомы	Группа		
	БАР (n=35)	РДР (n=18)	ПД (n=24)
<i>Атипичные</i>			
Реактивность настроения	35 (100)	18 (100)	24 (100)
Сенситивность	22 (62,9)	15 (83,3)	18 (75,0)
Свинцовый паралич	25 (71,4)	11 (61,1)	15 (62,5)
Вегетативные симптомы	25 (71,4)	11 (61,1)	16 (66,7)
Повышенный аппетит	20 (57,1)	11 (61,1)	20 (83,3)*
Масса тела с учетом ИМТ:			
норма	11 (31,4)	7 (38,9)	8 (33,3)
избыточная масса тела	16 (45,7)	7 (38,9)	11 (45,8)
ожирение I степени	5 (14,3)	3 (16,7)	3 (12,5)
ожирение II степени	2 (5,7)	1 (5,6)	2 (8,3)
Гиперсомния	27 (77,1)	12 (66,7)	15 (62,5)
<i>Типичные</i>			
Тоска	20 (57,1)	14 (77,8)**	7 (29,2)
Тревога	19 (54,3)**	13 (72,2)*	23 (95,8)
Адинамия	13 (37,1)	10 (55,6)*	6 (25,0)
Ангедония	2 (5,7)	1 (5,6)	1 (4,2)
Идеи самообвинения	23 (65,7)	13 (72,2)*	9 (37,5)
Сниженный аппетит	12 (34,3)	6 (33,3)*	2 (8,3)*
Снижение либидо	25 (71,4)	14 (77,8)	16 (66,7)
Ранние пробуждения	13 (37,1)	6 (33,3)	6 (25,0)
Отсутствие чувства сна	20 (57,1)	13 (72,2)	16 (66,7)
Поверхностный ночной сон	10 (28,6)	9 (50,0)	18 (75,0)**
Трудности при засыпании	14 (40,0)	10 (55,6)	11 (45,8)

Продолжение табл. 4.
Continuing of table 4.

Симптомы	Группа		
	БАР (n=35)	РДР (n=18)	ПД (n=24)
Инверсия цикла «сон – бодрствование»	4 (11,4)	2 (11,1)	3 (12,5)
Суточные колебания:			
утром хуже	10 (28,6)	4 (22,2)	2 (8,3)**
вечером хуже	5 (14,3)	5 (27,8)	–
Сезонные колебания:			
осень-зима	15 (42,9)*	7 (38,9)*	3 (12,5)
весна	3 (8,6)	–	–
Деперсонализация	8 (22,9)	6 (33,3)	3 (12,5)
Дереализация	2 (5,7)	7 (38,9)***	1 (4,2)
Гипотимия	35 (100)	18 (100)	24 (100)
Идеаторная заторможенность	12 (34,3)	11 (61,1)	9 (37,5)
Снижение внимания	24 (68,6)	13 (72,2)	21 (87,5)
Снижение памяти	10 (28,6)	6 (33,3)	12 (50,0)
Суицидальные мысли	21 (60,0)	13 (72,2)*	10 (41,7)
Суицидальные попытки в анамнезе	9 (25,7)	8 (44,4)*	4 (16,7)
<i>Коморбидные</i>			
Астения	22 (62,9)	15 (83,3)	23 (95,8)**
Обсессивно-компульсивные симптомы	4 (11,4)	1 (5,6)	2 (8,3)
Обсессивно-фобические симптомы	6 (17,1)	3 (16,7)	4 (16,7)
Раздражительность	18 (51,4)	9 (50,0)	8 (33,3)
Плаксивость	16 (45,7)	9 (50,0)	11 (45,8)
Панические атаки	18 (51,4)*	6 (33,3)	5 (20,8)
Ипохондрические включения	5 (14,3)	5 (27,8)	9 (37,5)*

Примечание. * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

При оценке соматического статуса пациентов (табл. 5) было выявлено, что во всех трех группах преобладали обменно-эндокринные (19,5%) и сердечно-сосудистые заболевания (14,3%). В группе БАР значимо чаще встречались обменно-эндокринные заболевания (31,4%; $p < 0,05$), в группе РДР – сердечно-сосудистые (38,9%; $p < 0,05$), в группе ПД – кожные и связанные с желудочно-кишечным трактом (ЖКТ; по 25%; $p < 0,05$). Значимых различий в частоте злоупотребления алкоголем и ПАВ установлено не было.

Обсуждение. Полученные в исследовании результаты свидетельствуют о том, что АтД имеет как общие особенности клинических проявлений и течения, так и различия, связанные с нозологической принадлежностью заболевания, в рамках которого она наблюдается. Для АтД в целом характерна высокая распространенность (30,8%), что, однако, не выходит за рамки этих показателей в других исследованиях (18–36%) [5, 21]. Раннее начало заболевания (около 20 лет) не противоречит полученным ранее результатам [20, 22, 23], а также подтверждает мнение J.W. Stewart [24] о том, что «начало заболевания до 20 лет» – диагностический критерий АтД. Преобладание женщин в нашей выборке согласуется с данными других авторов [12, 25, 26]. Несмотря на высокий уровень образования, более половины пациентов не работали, что может быть обусловлено разными факторами, в том числе и особенностями течения АтД [27]. Наличие истерической акцентуации в преморбиде некоторыми авторами расценивается как проявление самой АтД [28], однако в нашем исследовании они не были так широко представлены по сравнению с преморбидными особенностями, характерными для отдельных аффективных расстройств, хотя и могли исполнять роль определенного предиктора. Избыточная масса тела встречалась почти у половины пациентов (44,2%), что характерно для АтД [29], как и высокий процент жалоб на астению [30, 31]. В нашем исследовании выявлена высокая коморбидность АтД с обменно-эндокринными, сердечно-сосудистыми и кожными заболеваниями. В некоторых работах также отмечалась тесная взаимосвязь АтД с метаболическим синдромом и с сердечно-сосудистыми заболеваниями [24, 32].

Наряду с атипичными симптомами в структуре депрессивных синдромов присутствовали и признаки класси-

ческой депрессии, на что указывали и другие исследователи [5, 11, 33, 34], называвшие подобные симптомы меланхолическими включениями.

Для АтД в структуре БАР была характерна самая большая выявляемость (45%). Такая связь АтД и БАР подтверждается результатами исследований на протяжении последних 20 лет, особенно с БАР II, при которой распространенность симптомов АтД составляет 32,5%, а в группе расстройств биполярного спектра – 39,5% [35]. В других исследованиях также указывалось на более частую выявляемость АтД в рамках БАР II по сравнению с РДР [6, 36]. Для пациентов из группы БАР, как и при РДР, была характерна наследственная отягощенность аффективными заболеваниями, что согласуется с имеющимися в литературе данными [20, 22, 23]. В структуре преморбидных личностных особенностей преобладающими были циклоидные, гипертимные и истерические черты характера. Ряд авторов [37, 38] также отмечали у пациентов с АтД циклотимный темперамент в преморбиде, что, на их взгляд, является диатезом не только для АтД, но и для БАР, тревожных расстройств и пограничного расстройства личности. Для пациентов с АтД при БАР были характерны аффективные колебания до манифестации заболевания, большее количество депрессивных эпизодов в анамнезе, в том числе спровоцированных психогенно. Из типичных депрессивных симптомов чаще отмечались: суточные колебания настроения с ухудшением самочувствия в утренние часы и сезонные колебания (так называемые сезонные депрессии) [39], жалобы на сниженный аппетит. Была выявлена высокая коморбидность с обменно-эндокринными заболеваниями.

АтД в рамках РДР встречалась реже, чем в других группах (23%), что совпадает с данными других исследований, где этот показатель достигал 20% [19]. Депрессия чаще начиналась спонтанно. Для преморбиды были характерны эмоционально-лабильные, психастенические и истерические акцентуации. Из типичных депрессивных симптомов чаще регистрировались тоска, адинамия, дереализация, идеи самообвинения. Значительно чаще отмечались суицидальные мысли и попытки в анамнезе, высокая коморбидность с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Таблица 5. Сопутствующая соматическая патология и употребление/злоупотребление у пациентов трех групп, n (%)

Table 5. Comorbid somatic pathology and use/abuse in patients of the three groups, n (%)

Расстройства	Группа			Всего (n=77)
	БАР (n=35)	РДР (n=18)	ПД (n=24)	
Соматическая патология:				
обменно-эндокринные заболевания	11 (31,4)*	3 (16,7)	1 (4,2)	15 (19,5)
сердечно-сосудистые заболевания	3 (8,6)	7 (38,9)*	1 (4,2)	11 (14,3)
кожные заболевания	3 (8,6)	1 (5,6)	6 (25,0)*	10 (13,0)
заболевания ЖКТ	–	–	6 (25,0)*	6 (7,8)
Употребление/злоупотребление во время депрессии:				
алкоголь	6 (17,1)	4 (22,2)	2 (8,3)	12 (15,6)
ПАВ	1 (2,9)	1 (5,6)	3 (12,5)	5 (6,5)
алкоголь и ПАВ	4 (11,4)	–	–	4 (5,2)

Примечание. * – $p < 0,05$.

Пациенты с АтД в группе ПД составляли 31,2% всей выборки и были самыми молодыми на момент включения в исследование, что могло обуславливать наименьшее количество людей с высшим образованием и состоявших в браке. Также они имели значимо меньшую наследственную отягощенность психическими заболеваниями. Для преморбида наиболее характерна была психастеническая акцентуация личности. Значимо чаще предъявлялись жалобы на повышенный аппетит, тревогу (по данным ряда исследований [4–9, 23, 27, 40]), отмечалась коморбидность тревоги и АтД), слабость, быструю утомляемость, поверхностный

ночной сон; чаще выявлялись ипохондрические включения. Была выявлена коморбидность с кожными и желудочно-кишечными заболеваниями.

Заключение. Выявленные маркеры АтД, включая преморбидный склад личности, особенности психопатологической симптоматики, течения болезни, коморбидность с другими заболеваниями и корреляционные связи между отдельными характеристиками и факторами с учетом нозологической принадлежности позволят проводить более раннюю и точную диагностику АтД и назначать адекватную терапию.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

- West ED, Dally PJ. Effect of iproniazid in depressive syndromes. *Br Med J*. 1959 Jun 13;1(5136):1491-4. doi: 10.1136/bmj.1.5136.1491
- Klein DF, Davis JM. *Diagnosis and Drug Treatment of Psychiatric Disorders*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1969.
- Davidson JR, Miller RD, Turnbull CD, Sullivan JL. Atypical depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1982 May;39(5):527-34. doi: 10.1001/archpsyc.1982.04290050015005
- Sovner RD. The clinical characteristics and treatment of atypical depression. *J Clin Psychiatry*. 1981 Jul;42(7):285-9.
- Lojko D, Rybakowski JK. Atypical depression: current perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2017 Sep 20;13:2447-56. doi: 10.2147/NDT.S147317
- Buzuk G, Lojko D, Owecki M, et al. Depression with atypical features in various kinds of affective disorders. *Psychiatr Pol*. 2016;50(4):827-38. doi: 10.12740/PP/44680
- Koyuncu A, Ertekin E, Binbay Z, et al. The clinical impact of mood disorder comorbidity on social anxiety disorder. *Compr Psychiatry*. 2014 Feb;55(2):363-9. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.08.016. Epub 2013 Oct 19.
- Koynucu A, Ertekin E, Ertekin BA, et al. Relationship between atypical depression and social anxiety disorder. *Psychiatry Res*. 2015 Jan 30;225(1-2):79-84. doi: 10.1016/j.psychres.2014.10.014. Epub 2014 Nov 11.
- Tav A, Demir Berkol T, Yildirim YM, et al. Can Comorbid Bipolar Disorder Be Associated with Atypical Depression in Patients with Social Anxiety Disorder? *J Neurobehav Sci*. 2019;6(1):130-5.
- Matza LS, Revicki DA, Davidson JR, Stewart JW. Depression with atypical features in the national comorbidity survey: classification, description, and consequences. *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Aug;60(8):817-26. doi: 10.1001/archpsyc.60.8.817
- Angst J, Gamma A, Benazzi F, et al. Melancholia and atypical depression in the Zurich study: epidemiology, clinical characteristics, course, comorbidity and personality. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2007;(433):72-84. doi: 10.1111/j.1600-0447.2007.00965.x
- Lee S, Ng KL, Tsang A. Prevalence and correlates of depression with atypical symptoms in Hong Kong. *Aust N Z J Psychiatry*. 2009 Dec;43(12):1147-54. doi: 10.3109/00048670903279895
- Тювина НА, Балабанова ВВ, Воронина ЕО. Гендерные особенности депрессивных расстройств у женщин. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2015;7(2):75-9. doi: 10.14412/2074-2711-2015-2-75-79 [Tyuvina NA, Balabanova VV, Voronina EO. Gender features of depressive disorders in women. *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2015;7(2):75-9. doi: 10.14412/2074-2711-2015-2-75-79 (In Russ.)].
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
- Benazzi F. Atypical bipolar II depression compared with atypical unipolar depression and nonatypical bipolar II depression. *Psychopathology*. Mar-Apr 2000;33(2):100-2. doi: 10.1159/000029128
- Тювина НА, Коробкова ИГ. Сравнительная характеристика клинических особенностей депрессии при биполярном аффективном расстройстве I и II типа. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2016;8(1):22-8. doi: 10.14412/2074-2711-2016-1-22-28 [Tyuvina NA, Korobkova IG. Comparative clinical characteristics of depression in bipolar affective disorders types I and II. *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2016;8(1):22-8. doi: 10.14412/2074-2711-2016-1-22-28 (In Russ.)].
- Mitchell PB, Wilhelm K, Parker G, et al. The clinical features of bipolar depression: a comparison with matched major depressive disorder patients. *J Clin Psychiatry*. 2001 Mar;62(3):212-6; quiz 217.
- Bowden CL. Strategies to reduce misdiagnosis of bipolar depression. *Psychiatr Serv*. 2001 Jan;52(1):51-5. doi: 10.1176/appi.ps.52.1.51
- Петрунько ОВ, Швецова АВ, Магонова ЕГ, Хамарханова АА. Атипичная симптоматика в клинике монополярной депрессии. *Сибирский медицинский журнал*. 2009;(5):72-5. [Petrun'ko OV, Shvetsova AV, Magonova EG, Khamarkhanova AA. Atypical symptoms of bipolar depression. *Sibirskii meditsinskii zhurnal*. 2009;(5):72-5 (In Russ.)].
- Akiskal HS, Benazzi F. Atypical depression: a variant of bipolar II or a bridge between unipolar and bipolar II? *J Affect Disord*. 2005 Feb;84(2-3):209-17. doi: 10.1016/j.jad.2004.05.004
- Gold PW, Chrousos GP. Organization of the stress system and its dysregulation in melancholic and atypical depression: high vs low CRH/NE states. *Mol Psychiatry*. 2002;7(3):254-75. doi: 10.1038/sj.mp.4001032
- Blanco C, Vesga-Lopez O, Stewart JW, et al. Epidemiology of major depression with atypical features: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *J Clin Psychiatry*. 2012 Feb;73(2):224-32. doi: 10.4088/JCP.10m06227. Epub 2011 Sep 6.
- Novick JS, Stewart JW, Wisniewski SR, et al. Clinical and demographic features of atypical depression in outpatients with major depressive disorder: preliminary findings from STAR*D. *J Clin Psychiatry*. 2005 Aug;66(8):1002-11. doi: 10.4088/jcp.v66n0807
- Stewart J. Atypical depression: history and future. *Psychiatr Ann*. 2014;44:557-62.
- Brailean A, Curtis J, Davis K, et al. Characteristics, comorbidities, and correlates of atypical depression: evidence from the UK Biobank Mental Health Survey. *Psychol Med*. 2020 May;50(7):1129-38. doi: 10.1017/S0033291719001004. Epub 2019 May 2.
- Agosti V, Stewart JW. Atypical and non-atypical subtypes of depression: comparison of social functioning, symptoms, course of illness, co-morbidity and demographic features. *J Affect Disord*. 2001 Jun;65(1):75-9. doi: 10.1016/s0165-0327(00)00251-2
- Stewart JW, Mcgrath PJ, Fava M, et al. Do atypical features affect outcome in depressed outpatients treated with citalopram? *Int J Neuropsychopharmacol*. 2010 Feb;13(1):15-30. doi: 10.1017/S1461145709000182. Epub 2009 Apr 3.

28. McGinn LK, Asnis GM, Suchday S, Kaplan M. Increased personality disorders and Axis I comorbidity in atypical depression. *Compr Psychiatry*. Nov-Dec 2005;46(6):428-32. doi: 10.1016/j.comppsy.2005.03.002
29. Lasserre AM, Glaus J, Vandeleur CL, et al. Depression with atypical features and increase in obesity, body mass index, waist circumference, and fat mass: a prospective, population-based study. *JAMA Psychiatry*. 2014 Aug;71(8):880-8. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.411. Erratum in: *JAMA Psychiatry*. 2014 Sep;71(9):1079.
30. Соколовская ЛВ. Астения – типология, динамика (пограничные состояния и эндогенные заболевания): Автореф. ... дис. канд. мед. наук. Москва; 1991. 17 с. [Sokolovskaya LV. *Asteniya – tipologiya, dinamika, pogranichnyye sostoyaniya i endogennyye zabolevaniya*. Avtoref. ... diss. kand. med. nauk [Asthenia – typology, dynamics (borderline states and endogenous diseases): Author's abstract. Dis. Cand. Med. Sci.]. Moscow; 1991. 17 p. (In Russ.)].
31. Зеленина ЕВ. Соматовегетативный симптомокомплекс в структуре депрессий (типология, клиника, терапия): Автореф. ... дис. канд. мед. наук. Москва; 1997. 23 с. [Zelenina YeV. *Somatovegetativnyy simptomokompleks v strukture depressiy (tipologiya, klinika, terapiya)*: Avtoref. ... diss. kand. med. nauk. Moskva; 1997. 23 s. (In Russ.)].
32. Lasserre AM, Strippoli MF, Glaus J, et al. Prospective associations of depression subtypes with cardio-metabolic risk factors in the general population. *Mol Psychiatry*. 2017 Jul;22(7):1026-34. doi: 10.1038/mp.2016.178. Epub 2016 Oct 11.
33. Лапин ИА, Рогачева ТА. Атипичная депрессия (анализ взаимосвязей отдельных атипичных симптомов с социально-демографическими и клиническими переменными). *Социальная и клиническая психиатрия*. 2020;30(3):17-25. [Lapin IA, Rogacheva TA. Atypical depression (analysis of links between individual atypical symptoms and sociodemographic and clinical variables). *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhia-triya*. 2020;30(3):17-25 (In Russ.)].
34. Angst J, Gamma A, Benazzi F, et al. Atypical depressive syndromes in varying definitions. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2006 Feb;256(1):44-54. doi: 10.1007/s00406-005-0600-z. Epub 2005 Jul 27.
35. Perugi G, Akiskal HS, Lattanzi L, et al. The high prevalence of “soft” bipolar (II) features in atypical depression. *Compr Psychiatry*. Mar-Apr 1998;39(2):63-71. doi: 10.1016/s0010-440x(98)90080-3
36. Benazzi F. Testing DSM-IV definition of atypical depression. *Ann Clin Psychiatry*. 2003 Mar;15(1):9-16. doi: 10.1023/a:1023272408562
37. Seemüllera F, Riedela M, Wickelmaiera F, et al. Atypical symptoms in hospitalised patients with major depressive episode: frequency, clinical characteristics, and internal validity. *J Affect Disord*. 2008 Jun;108(3):271-8. doi: 10.1016/j.jad.2007.10.025. Epub 2007 Dec 31.
38. Смулевич АБ. Депрессии в общей медицине: Руководство для врачей. Москва: МИА; 2007. 256 с. [Smulevich AB. *Depressii v obshchei meditsine: Rukovodstvo dlya vrachei* [Depression in General medicine: a guide for doctors]. Moscow: MIA; 2007. 256 p. (In Russ.)].
39. Pae CU, Tharwani H, Marks DM, et al. Atypical depression: a comprehensive review. *CNS Drugs*. 2009 Dec;23(12):1023-37. doi: 10.2165/11310990-000000000-00000
40. Stewart JW, Mcgrath PJ, Quitkin FM, Klein DF. DSM-IV depression with atypical features: is it valid? *Neuropsychopharmacology*. 2009 Dec;34(13):2625-32. doi: 10.1038/npp.2009.99. Epub 2009 Sep 2.

Поступила/отрецензирована/принята к печати
Received/Reviewed/Accepted
06.12.2021/22.03.2022/25.03.2022

Заявление о конфликте интересов/Conflict of Interest Statement

Исследование не имело спонсорской поддержки. Конфликт интересов отсутствует. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.

The investigation has not been sponsored. There are no conflicts of interest. The authors are solely responsible for submitting the final version of the manuscript for publication. All the authors have participated in developing the concept of the article and in writing the manuscript. The final version of the manuscript has been approved by all the authors.

Тювина Н.А. <https://orcid.org/0000-0002-5202-1407>
Вербицкая М.С. <https://orcid.org/0000-0002-7394-8623>
Кренкель Г.Л. <https://orcid.org/0000-0002-5212-9709>
Ефремова Е.Н. <https://orcid.org/0000-0002-5394-2646>